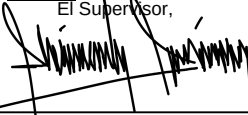


 SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DIRECCIÓN GENERAL SECRETARIA GENERAL		Código Regional	1		
			Código Centro	101001		
			Fecha Elaboración	Enero de 2024		
			Versión	ENERO 2024 - 1,24		
			ID de Proceso	63618-609353		
DATOS DEL CONTRATISTA						
Nombres y apellidos contratista:		JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA	C.C.	1.098.678.433		
Correo electrónico contratista:		jcdiazg@sena.edu.co	IP/N° de contacto	12708		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE	Pertenece al régimen simple de tributación?	NO		
			Es declarante de renta?	SI		
			Es Pensionado?	NO		
Banco al cual consignar:		BANCOLOMBIA	Inducción SST	SI		
			Presta Servicios Excluidos de IVA ?	SI		
Sus ingresos en el 2022 fueron iguales o superiores a \$53'206.000:		SI	Tipo de cta	AHORROS		
			N° Cuenta	29119317647		
		Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2023 supera los \$ 169'648.000 (debe cambiarse a responsable IVA)		NO		
DATOS DEL CONTRATO Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° del contrato:		5747663/2024	N° Compromiso SIIF	36424		
Valor Total del Contrato		\$ 63.250.000	Periodo objeto de pago	Valor Bruto Pago		
Saldo Anterior del Contrato		\$ 63.250.000	Enero	\$ 2.383.333,00		
Nuevo Saldo del Contrato		\$ 60.866.667	Legalización comisiones del periodo	\$ 0,00		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		SERVICIOS PERSONALES: 8-2024-000118 APOYAR EN LOS TRÁMITES CONTRACTUALES, ADMINISTRATIVOS Y JURÍDICOS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE GESTIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DURANTE LA VIGENCIA 2024				
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
Ingresos por honorarios		\$ 2.383.333	Tarifa de Retención en la Fuente ART 383°	0,00%		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 2.383.333	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 1.504.525	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR						
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		Enero	Diciembre	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.504.525,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.300.000	\$ 0	Base retención en la fuente a titulo de ICA	2.012.833,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 162.500	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 208.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL		\$ 6.800	\$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ 9.805.208	\$ -	Reteica - 8299	19.444,00	0,966%
		\$ 595.833			0,00	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ 14.903.916	\$ -		0,00	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ 14.903.916	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ 4.706.500	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aportes A.R.L de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -	\$ -			
Dependientes hasta		\$ 1.506.080	\$ -	Descuentos de Libranza	0,00	
Salud hasta		\$ 753.040	\$ -	Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Renta Exenta 25%		\$ 3.098.445	\$ 501.508			
Retención en la Fuente Contingente		\$ -	\$ -	VALOR A PAGAR	\$2.363.889,00	
SON: DOS MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE						
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO						
estructuración de procesos contractuales de prestadores de servicios SMA vigencia 2024 Respuesta a petición presentada por el sr. Alberto Vargas respecto cirugía Astrid Carolina Ariza Gestión de registro presupuestal para los contratos de prestadores de servicios del SMA Elaboración de estudios previos para prestadores de servicios del SMA vigencia 2024. Reunión con la regional Atlántico para aclarar comunicado de Sinsindesena. Presentación de información solicitada respecto informes a cargo del SMA						
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE: 1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí diligenciados.				 JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO						
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO: 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas; 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del período de cobro; 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.				Autorizo el presente pago. El Supervisor,  ALEXANDER RAMIREZ MEDINA PROFESIONAL G01(E)		
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago: EL ORDENADOR DEL PAGO GIGIOLY KATERINE GRIMALDOS ROBAYO SECRETARIA GENERAL						



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA** identificado con CC No. **1098678433**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 8999999034	Fecha de afiliación: 13/02/2019 Fecha de inicio de cobertura: 24/01/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 16/01/2024 Fecha fin de Contrato: 31/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1 Cargo : ABOGADOS

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401011474271.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 23 días del mes de enero de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
		TOTAL A PAGAR				
2023-12	2023-12	I	03/01/2024	73135204	\$527.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	227.000	0		0		0	0	0	0	227.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	290.600	0	0	0	0	0	0		290.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	227.000	227.000
Pensión	1	290.600	290.600
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	527.100	527.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1098678433	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA		CALLE 104A # 11B-20	6040332	juancamilodiazg@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-12	2023-12	I	03/01/2024	73135204	\$527.100

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SIL	IOE	IVA	IVA	APP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1098678433	DIAZ GUEVARA JUAN CAMILO				59	0			N																25-14	1.815.890	290.600	0	0		0	0	EPS005	1.815.890	227.000	14-23	1.815.890	1	9.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

FECHA DE EXAMEN

2022-10-26 09:47:36

TIPO DE EXAMEN

INGRESO ENFASIS
OSTEOMUSCULAR

DATOS DE INSTITUCIÓN

Nombre:	RVG I.P.S SAS	Nit:	900081987-5
Dirección	Bucaramanga - S/tder - Calle 51 A N. 31-59 Cabecera - TEL: (7) 6473086 Ext. 126-127	e-mail:	laboratorio_rvg@hotmail.com
Teléfonos:	6572999	Sede:	BUCARAMANGA

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres	JUAN CAMILO			Apellidos	DIAZ GUEVARA						
Identificación	CC	1098678433	Edad	33	Genero	M	Grupo Sanguineo		B +		
Procedencia	Lugar de nacimiento		BUCARAMANGA - SANTANDER		Fecha de nacimiento		1989-09-30	Estrato	6		
Estado civil	Soltero (a)		Escolaridad	Profesional	Telefonos		3164990171				
Departamento	Santander		Municipio	Bucaramanga	Dirrección		CRA 29 # 42 - 24				
EPS	Sanitas			ARL	NO REFIERE						
Fondo de Pensiones		COLPENSIONES			Talla (cm)		174	Peso (Kg)	63	IMC	20.81

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL	PARTICULAR		
EMPRESA USUARIA		CARGO	ABOGADO
SEDE		AREA	
FECHA DE INGRESO		JORNADA DE TRABAJO	DIURNO

EXAMENES REALIZADOS

Examen Visiometria	Examen Medico Ocupacional	Examen Medico Ocupacional Con Enfoque Osteomuscular
--------------------	---------------------------	---

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO	Elegible sin restricción para el cargo
----------	--

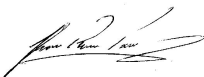
RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES	POR ÉPOCA DE PANDEMIA SE RECOMIENDA USO DE TAPA BOCA, MANTENER NORMAS DE BIOSEGURIDAD DADAS POR LA EMPRESA, REALIZAR PREVENTIVAS OSTEOMUSCULARES (PAUSAS ACTIVAS) USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL HIGIENE POSTURAL
OBSERVACIONES	VACUNA COVID 19 PFIZER DOS DOSIS Y ASTRAZENECAS TERCERA DOSIS EL 03 DE ENERO DE 2022

Certifico que he comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínicos, ocupacionales que me han practicado. Certifico que las respuestas dadas por mí, en este examen y registrado en este documento están completas y son verídicas. Entendiendo que la realización de este proceso es voluntaria y libre de toda coerción y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento, antes de que se realizarán las pruebas.

Fuí informado de las medidas que RVG. tomará para proteger la confidencialidad de los resultados. Autorizo a RVG IPS SAS. para que suministre, por cualquier medio físico o electrónico, la información registrada en este documento a las personas o entidades contempladas en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, de los cuales recibiré los resultados y estoy de acuerdo con el proceso. Reitero con mi firma que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que me encuentro en capacidad plena de expresar mi consentimiento.

RVG IPS SAS se acoge a las disposiciones de la ley 1581 de 2012 y al decreto 1377 de 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales


Dr. Javier R. Peña Anaya
Médico Especialista
en Salud Ocupacional
R.M. 1364 - L.S.O. 14300

JAVIER RICARDO PEÑA ANAYA
RM: 1364 LIC S.O 14300/2018
Firma y sello del médico evaluador



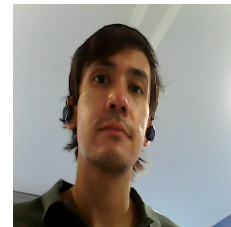
JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA
CC 1098678433
Firma del trabajador evaluado

Fecha del Examen: 2022-10-26 09:08:45

Tipo del Examen: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	LABORATORIO CLINICO ESPECIALIZADO RVG IPS	Nit	900081987-5
Dirección	Bucaramanga - S/tder - Calle 51 A N. 31-59 Cabecera - TEL: (7) 6473086 Ext. 126-127		
e-mail	laboratorio_rvg@hotmail.com		



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA								
Identificación	CC	1098678433		Edad	33 Años		Sexo	MASCULINO	
Estado Civil	Soltero (a)		Escolaridad	Profesional			Fecha de Nacimiento	30/09/1989	
Lugar de Nacimiento	BUCARAMANGA - SANTANDER		Dirección	CRA 29 # 42 - 24				Estrato	6
Procedencia	Departamento	Santander		Municipio	Bucaramanga		Teléfonos	3164990171	
Grupo Familiar				Grupo Sanguineo		B +			
ARL	NO REFIERE								
EPS	Sanitas								

DATOS EMPRESA

Razón social	PARTICULAR	Fecha Ingreso	
Cargo	ABOGADO	Sede	
Area		Jornada de trabajo	

ANAMNESIS

ÚLTIMO CONTROL VISUAL	1 año
USA RX FORMULADA Y/O EPP	NO
DESCRIPCIÓN	
MC (SIGNOS/SINTOMAS)	no reporta
ANTECEDENTES PERSONALES / FAMILIARES	no reporta
QUIRURGICOS	no
ALÉRGICOS	no
PATOLÓGICOS	no
TRAUMÁTICOS	no
MEDICAMENTOS	no
ÓRTOPTICOS	n

AGUDEZA VISUAL

SC	SI	CC	NO
VISION LEJANA			
OD	20/20	OI	20/20
VISION PROXIMA			
OD	0.5	OI	0.5

LENSOMETRIA

TIPO RX		USO	
ESFERA			
OD		OI	
CILIND			
OD		OI	

Nombres y Apellidos JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA

Identificación CC 1098678433

EJE			
OD		OI	
AV			
OD		OI	
AD D			
OD		OI	

PERCEPCIÓN CROMÁTICA Y ESTEREOPSIS

Nombre	Concepto	Observaciones
POLICROMIA TEST		
	NORMAL	
OD		
OI		
REFLEJOS		
FOTOMOTOR	N	
PUPILARES		
CONSENSUAL	N	
ACOMODATIVO	N	

EXÁMEN EXTERNO Y MOVILIDAD OCULAR

SEGMENTO ANTERIOR	sano	MOTOR VL	ORTHO
VP	EXOF	DUCCIONES	
VERSIONES		PPC OBJETO	
LUZ		FILTRO	
OTROS			

RETINOSCOPIA

ESFERA			
OD	NEUTRO	OI	NEUTRO
CILINDRO			
OD		OI	
EJE			
OD		OI	

FONDO DE OJO

OD			
PAPILAR	REFLEJO ROJO RETINAL	EXCAVACIÓN	
FIJACIÓN		VITREO	
OI			
PAPILAR	REFLEJO ROJO RETINAL	EXCAVACIÓN	
FIJACIÓN		VITREO	

OTRAS PRUEBAS

OTRAS PRUEBAS
DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO Emetrope ao
CONDUCTA no requiere anteojos a la fecha uso epp y control 1 año



HISTORIA CLINICA VISIOMETRIA

Página 3 de 3

Fecha de impresión 28/10/2022 4.07 PM
www.rvgips.com

REVISION: 2
CODIGO: RMO-05

Nombres y Apellidos JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA

Identificación CC 1098678433

REMISIÓN

IMPRESION DIAGNOSTICA

Emetrope ao

"El examinado certifica que no omitió dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud y que toda la información expresada en este documento es cierta"

11 fauerocu
TP 1780

MARELBIS CRISTINA GAMERO
CABANA
C.C. 39142721 R:M 39142721
Firma y sello del Médico Evaluador

Juan Camilo Diaz Guevara

JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA
C.C. 1098678433
Firma del trabajador Evaluado

 Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CODIGO VERSIÓN FECHA DE APROBACIÓN PÁGINA	AP-JC-RG-69 5 22/05/2017 1 de 1
--	-------------------	--	--

RESOLUCIÓN NÚMERO 00 - 14300 DE 2018
POR LA CUAL SE OTORGA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **JAVIER RICARDO PEÑA ANAYA** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 88152237 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **JAVIER RICARDO PEÑA ANAYA. - MEDICO Y CIRUJANO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL Y RIESGOS LABORALES**, identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No. 88152237, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bucaramanga a los

11 SEP 2018

LUIS ALEJANDRO RIVERO OSORIO
 Secretario de Salud Departamental

Revisó: Víctor Guillermo Taboada – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
 Proyectó: Elizabeth Caballero Zabala – Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

NOTIFICATION

En la oficina de Salud Ocupacional de la Secretaría de Salud de Sonora

Compare: Javier Hernandez 1/19/06
22153 737

Con cedula de ciudadanía (n.º em.)

Expedida en: 20 Dic 1982

Fecha: 26 - Sep - 2018

Notificado: _____ Notificador: _____

Entrega de licencia: Personal ☒ Autorizado ☐

~~Trámite~~

Con destino a: **Seco**
Tipo de Doc.
Nombre: **JAVIER RICARDO PEÑA ANAYA**
Dirección:

GOBIERNO DE SANTANDER
SECRETARÍA DE HACIENDA
CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Número: 88152237

Recibo de Estampillas

Recibo N° 25018002

020657
BANCHE E BANCHE
BANCA DI ROMA - CASA DEL LIBRO
2018 JUN. 01
RECEIVED DE N° 600

PRO HOSPITAL
PRO DESARROLLO
PRO ELECTRIFICACIÓN
PRO CULTURA
PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR

Total Estampillas
Reservanza 012

\$8.500
\$8.50
\$9.350

\$1,000
\$2,600
\$1,300
\$1,000
\$2,600



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098678433 el día 23/01/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



Hace constar:

Que el Sr(a) JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098678433 realizó el día 23/01/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1098678433 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.
5. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
6. Informar oportunamente a los contratantes toda novedad derivada de mi contrato.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

PÓLIZA DE SEGURO DE CUMPLIMIENTO ENTIDAD ESTATAL
DECRETO 1082 DE 2015

CIUDAD DE EXPEDICIÓN: BOGOTÁ, D.C.			SUCURSAL: INTEGRA			COD. SUC: 37		NO. PÓLIZA: 37-46-101005597		ANEXO: 0	
FECHA EXPEDICIÓN: DÍA: 17 MES: 01 AÑO: 2024			VIGENCIA DESDE: DÍA: 16 MES: 01 AÑO: 2024			A LAS: HORAS: 00:00 DÍA: 30 MES: 04 AÑO: 2025		A LAS: HORAS: 23:59		TIPO MOVIMIENTO: EMISIÓN ORIGINAL	

DATOS DEL TOMADOR / GARANTIZADO							
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: DÍAZ GUEVARA JUAN CAMILO							
DIRECCIÓN: CALLE 47 NO. 7-36 APTO. 713				CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL			
						IDENTIFICACIÓN: C.C. :1,098,678,433	
						TELÉFONO: 3164990171	

DATOS DEL ASEGURADO / BENEFICIARIO							
ASEGURADO/BENEFICIARIO: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE							
DIRECCIÓN: CL 57 NRO. 8 - 69				CIUDAD: BOGOTÁ, D.C. - DISTRITO CAPITAL			
						IDENTIFICACIÓN: NIT. :899,999,034-1	
ADICIONAL:						TELÉFONO: 6055703105	

OBJETO DEL SEGURO							
CON SUJECCIÓN A LAS CONDICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA QUE SE ANEXAN ECU010B, QUE FORMAN PARTE INTEGRANTE DE LA MISMA Y QUE EL ASEGURADO Y EL TOMADOR DECLARAN HABER RECIBIDO Y HASTA EL LÍMITE DE VALOR ASEGURADO SEÑALADO EN CADA AMPARO, SEGUROS DEL ESTADO S.A., GARANTIZA:							
EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DERIVADAS DEL CONTRATO NO. CO1.PCCNTR.5747663 DE PRESTACION DE SERVICIOS CUYO OBJETO ES: APOYAR EN LOS TRÁMITES CONTRACTUALES, ADMINISTRATIVOS Y JURÍDICOS RELACIONADOS CON EL GRUPO DE GESTIÓN DEL SERVICIO MÉDICO ASISTENCIAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DURANTE LA VIGENCIA 2024							

AMPAROS				
RIESGO: PRESTACION DE SERVICIOS				
AMPAROS:		VIGENCIA DESDE:	VIGENCIA HASTA:	SUMA ASEG/ACTUAL:
CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO		16/01/2024	30/04/2025	\$ 6,325,000.00

VALOR PRIMA NETA:	GASTOS EXPEDICIÓN:	IVA:	TOTAL A PAGAR:	VALOR ASEGURADO TOTAL	PLAN DE PAGO:
\$ 32,578.08	\$ 8,000.00	\$ 7,709.84	\$ 48,287.92	\$ 6,325,000.00	CONTADO

INTERMEDIARIO			DISTRIBUCIÓN COASEGURO		
NOMBRE:	CLAVE:	% PART:	NOMBRE COMPAÑÍA:	% PART:	VALOR ASEGURADO:
CONSUELO ZAMBRANO PEREZ	174081	100,00			

QUEDA EXPRESAMENTE CONVENIDO QUE LAS OBLIGACIONES DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. SE REFIERE ÚNICAMENTE AL OBJETO Y OBSERVACIONES DE LA(S) GARANTÍA(S) QUE SE ESPECIFICAN EN ESTE CUADRO					
PARA EFECTO DE NOTIFICACIONES LA DIRECCIÓN DE SEGUROS DEL ESTADO S.A. ES CALLE 96 NO. 45A – 31 - TELÉFONO: 7421444 - BOGOTÁ, D.C.					
					
37-46-101005597					
FIRMA AUTORIZADA: Gabriela Zarante - Secretaria General			FIRMA TOMADOR		

USTED PUEDE CONSULTAR ESTAR PÓLIZA EN WWW.SEGUROSDELESTADO.COM

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977,
601-6019330

INT174081A

NO EFECTUAR RETENCIÓN EN LA FUENTE POR NINGUN CONCEPTO * RESPONSABLE IVA



VIGILADO

Oficina Principal: Calle 83 No 19-10 Bogotá D.C. Teléfono: 601-2186977, 601-6019330
ASISTENCIA CELULAR #388 - FUERA DE BOGOTA 018000123010
www.segurosdelestado.com

1. AMPAROS.

SEGUROS DEL ESTADO S.A., QUE EN ADELANTE SE DENOMINARÁ SEGURESTADO OTORGA A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, HASTA EL MONTO DEL VALOR ASEGURADO PACTADO, LOS AMPAROS MENCIONADOS EN LA CARÁTULA DE LA PRESENTE PÓLIZA, CUBRIENDO CON ELLOS, SIEMPRE LOS PERJUICIOS DIRECTOS QUE CON SUJECCIÓN A LA DEFINICIÓN DE LAS CONDICIONES ADELANTE INDICADAS, LLEGARE A CAUSAR EL GARANTIZADO POR EL INCUMPLIMIENTO QUE, ATRIBUIBLE A SU ACCIÓN U OMISIÓN, PRODUJERE.

LOS AMPAROS QUE SE OTORGAN EN ESTA PÓLIZA SERÁN INDEPENDIENTES UNOS DE OTROS RESPECTO DE SUS RIESGOS Y DE SUS VALORES ASEGURADOS. SEGÚN LAS DEFINICIONES QUE A CONTINUACIÓN SE INDICAN:

1.1 AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA.

EL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LA SANCIÓN DERIVADA DEL INCUMPLIMIENTO DE LA OFERTA, EN LOS SIGUIENTES EVENTOS:

1.1.1 LA NO AMPLIACIÓN DE LA VIGENCIA DE LA GARANTÍA DE SERIEDAD DE LA OFERTA CUANDO EL PLAZO PARA LA ADJUDICACIÓN O PARA SUSCRIBIR EL CONTRATO ES PRORROGADO, SIEMPRE QUE TAL PRÓRROGA SEA INFERIOR A TRES (3) MESES.

1.1.2 EL RETIRO DE LA OFERTA DESPUÉS DE VENCIDO EL PLAZO FIJADO PARA LA PRESENTACIÓN DE LAS OFERTAS.

1.1.3 LA NO SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO SIN JUSTA CAUSA POR PARTE DEL ADJUDICATARIO.

1.1.4 LA FALTA DE OTORGAMIENTO POR PARTE DEL PROPONENTE SELECCIONADO DE LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

1.2 AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO.

EL AMPARO DE BUEN MANEJO Y CORRECTA INVERSIÓN DEL ANTICIPO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE LLEGUEN A CAUSAR, CON OCASIÓN DE (I) LA NO INVERSIÓN DEL ANTICIPO, (II) EL USO INDEBIDO DEL ANTICIPO Y (III) LA APROPIACIÓN INDEBIDA DE LOS RECURSOS RECIBIDOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO EN CALIDAD DE ANTICIPO.

1.3 AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO.

EL AMPARO DE DEVOLUCIÓN DE PAGO ANTICIPADO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE CAUSEN POR LA NO DEVOLUCIÓN TOTAL O PARCIAL, DEL DINERO ENTREGADO AL CONTRATISTA GARANTIZADO A TÍTULO DE PAGO ANTICIPADO, CUANDO A ELLO HUBIERE LUGAR.

1.4 AMPARO DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO.

EL AMPARO DE CUMPLIMIENTO, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS DIRECTOS DERIVADOS DE: (A) EL INCUMPLIMIENTO TOTAL O PARCIAL DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (B) EL CUMPLIMIENTO TARDÍO O DEFECTUOSO DEL CONTRATO, CUANDO EL INCUMPLIMIENTO ES IMPUTABLE AL CONTRATISTA; (C) LOS DAÑOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA POR ENTREGAS PARCIALES DE LA OBRA, CUANDO EL CONTRATO NO PREVÉ ENTREGAS PARCIALES; Y (D) EL PAGO DEL VALOR DE LAS MULTAS Y DE LA CLÁUSULA PENAL PECUNIARIA SIEMPRE QUE SE HUBIEREN PACTADO PREVIAMENTE EN EL CONTRATO GARANTIZADO.

EN VIRTUD DE LO SEÑALADO POR EL ARTÍCULO 44 DE LA LEY 610 DE 2000, LA GARANTÍA DE CUMPLIMIENTO CUBRIRÁ LOS PERJUICIOS CAUSADOS A LA ENTIDAD ESTATAL COMO CONSECUENCIA DE LA CONDUCTA DOLOSA O CULPOSA, IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADOS DE UN PROCESO DE RESPONSABILIDAD FISCAL, SIEMPRE Y CUANDO ESOS PERJUICIOS DERIVEN DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS

OBLIGACIONES SURGIDAS DEL CONTRATO AMPARADO POR LA GARANTÍA.

1.5 AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES LABORALES.

EL AMPARO DE PAGO DE SALARIOS, PRESTACIONES SOCIALES LEGALES E INDEMNIZACIONES DE NATURALEZA LABORAL, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, POR LOS PERJUICIOS QUE SE LE OCASIONEN, A RAÍZ DEL INCUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES LABORALES A QUE ESTÉ OBLIGADO EL CONTRATISTA GARANTIZADO, DERIVADAS DE LA CONTRATACIÓN DEL PERSONAL UTILIZADO PARA LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO AMPARADO EN EL TERRITORIO NACIONAL.

ESTA GARANTÍA NO SE APLICARÁ PARA LOS CONTRATOS QUE SE EJECUTEN EN SU TOTALIDAD FUERA DEL TERRITORIO NACIONAL POR PERSONAL CONTRATADO BAJO UN RÉGIMEN JURÍDICO DISTINTO AL NACIONAL.

1.6 AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA.

EL AMPARO DE ESTABILIDAD Y CALIDAD DE LA OBRA, CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS QUE SE LE GENEREN COMO CONSECUENCIA DE CUALQUIER TIPO DE DAÑO O DETERIORO, PRESENTADOS EN LA OBRA ENTREGADA Y RECIBIDA A SATISFACCIÓN DE DICHA ENTIDAD ESTATAL O SUS REPRESENTANTES, CUYA CAUSA SEA IMPUTABLE AL CONTRATISTA GARANTIZADO.

1.7 AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO

EL AMPARO DE CALIDAD DEL SERVICIO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, DE LOS PERJUICIOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA GARANTIZADO, QUE SE OCASIONEN CON POSTERIORIDAD A LA TERMINACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, Y QUE SE DERIVEN DE LA DEFICIENTE CALIDAD DEL SERVICIO PRESTADO.

EN LOS CONTRATOS DE INTERVENTORIA, LA VIGENCIA DE ÉSTE AMPARO DEBE SER IGUAL AL PLAZO DE LA GARANTÍA DE ESTABILIDAD DEL CONTRATO PRINCIPAL EN CUMPLIMIENTO DEL PARAGRAFO DEL ARTÍCULO 85 DE LA LEY 1474 DE 2011.

1.8 CALIDAD Y CORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES Y EQUIPOS SUMINISTRADOS.

ESTE AMPARO CUBRE A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DE LOS PERJUICIOS OCASIONADOS IMPUTABLES AL CONTRATISTA, SUFRIDOS POR LA DEFICIENTE CALIDAD E INCORRECTO FUNCIONAMIENTO DE LOS BIENES QUE RECIBE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO GARANTIZADO.

2. EXCLUSIONES.

LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA NO OPERARÁN CUANDO LOS DAÑOS A LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA SE GENEREN POR:

2.1 CAUSA EXTRAÑA, ESTO ES, LA FUERZA MAYOR O CASO FORTUITO, EL HECHO DE UN TERCERO O LA CULPA EXCLUSIVA DE LA VÍCTIMA.

2.2. DAÑOS CAUSADOS POR EL CONTRATISTA GARANTIZADO, A LOS BIENES DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, NO DESTINADOS AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRACTUAL.

2.3. EL USO INDEBIDO O INADECUADO O LA FALTA DE MANTENIMIENTO PREVENTIVO A QUE SE ENCUENTRE OBLIGADA LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA.

2.4. EL DETERIORO NORMAL QUE SUFRAN LOS BIENES ENTREGADOS CON OCASIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, COMO CONSECUENCIA DEL TRANSURSO DEL TIEMPO.

3. SUMA ASEGURADA

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1079 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO NO ESTARÁ OBLIGADO A RESPONDER SI NO HASTA CONCURRENCIA DE LA SUMA ASEGURADA EN CASO DE SINIESTRO, DETERMINADA EN LA CARÁTULA DE ESTA PÓLIZA PARA CADA AMPARO.

4. VIGENCIA.

LA VIGENCIA DE LOS AMPAROS OTORGADOS EN LA PRESENTE PÓLIZA, SE HARÁ BAJO LOS LINEAMIENTOS DEL DECRETO 1082 DE 2015 Y CONSTARAN EN LA CARÁTULA DE LA MISMA O EN SUS ANEXOS.

5. EFECTIVIDAD DE LA GARANTÍA.

PARA HACER EFECTIVOS CUALQUIERA DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR SEGURESTADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA DEBERÁ GARANTIZAR EL DEBIDO PROCESO DE SEGURESTADO Y EL CONTRATISTA, MEDIANTE EL AGOTAMIENTO DEL PROCEDIMIENTO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 86 DE LA LEY 1474 DE 2011 O LAS NORMAS QUE LO SUSTITUYAN O MODIFIQUEN.

LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, LE CORRESPONDERÁ DEMOSTRAR LA OCURRENCIA DEL SINIESTRO Y ACREDITAR LA CUANTÍA DE LA PÉRDIDA SI FUERE EL CASO.

EL PROCEDIMIENTO QUE DEBERÁ SEGUIR LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PARA LA EFECTIVIDAD DE LOS AMPAROS OTORGADOS POR ESTA PÓLIZA, SERÁ:

5.1 RESPECTO DEL AMPARO DE SERIEDAD DE LA OFERTA, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO QUE IMPONGA LA SANCIÓN PREVIAMENTE ESTABLECIDA POR LA OCURRENCIA DE UNO CUALQUIERA DE LOS EVENTOS PREVISTOS EN LA CONDICIÓN 1.1 DE ÉSTA PÓLIZA, Y DISPONGA LA EFECTIVIDAD DE ÉSTE AMPARO A SEGURESTADO.

5.2 EN CASO DE DECRETARSE LA CADUCIDAD, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE EN EL CUAL, ADEMÁS DE LA DECLATORIA DE LA MISMA, HARÁ EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL O CUANTIFICARÁ EL MONTO DEL PERJUICIO, ORDENANDO SU PAGO TANTO AL CONTRATISTA COMO A SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.3 EN EL EVENTO DE IMPOSICIÓN DE MULTAS, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. DICHO ACTO ADMINISTRATIVO SERÁ CONSTITUTIVO DEL SINIESTRO.

5.4 EN LOS DEMÁS EVENTOS DE INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA, PROFERIRÁ EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE, EN EL CUAL, ADEMÁS DE DECLARAR EL INCUMPLIMIENTO PROCEDERÁ A CUANTIFICAR EL MONTO DE LA PÉRDIDA O A HACER EFECTIVA LA CLÁUSULA PENAL, ORDENANDO SU PAGO AL CONTRATISTA Y SEGURESTADO. EL ACTO ADMINISTRATIVO CORRESPONDIENTE ES LA RECLAMACIÓN PARA LA COMPAÑÍA DE SEGURO.

LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS EMITIDOS POR LA ENTIDAD ESTATAL CONTRATANTE QUE SEAN CONSTITUTIVOS O DECLARATIVOS DEL SINIESTRO, DEBERAN ESTAR EJECUTORIADOS Y DEBIDAMENTE NOTIFICADOS, DE ACUERDO CON EL ARTÍCULO 87 DE LA LEY 1437 DE 2011.

6. COMPENSACIÓN.

EN VIRTUD DE LA COMPENSACIÓN COMO MEDIO DE EXTINCIÓN DE LAS OBLIGACIONES RECONOCIDA EL ARTÍCULO 17 DE LA LEY 1150 DE 2007, SEGURESTADO TENDRÁ EN CUENTA TODAS LAS SUMAS DE DINERO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE ADEUDE AL CONTRATISTA GARANTIZADO, POR CUALQUIER CONCEPTO. PARA TALES EFECTOS, SE DEBERÁ TENER EN CUENTA LA LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO, EFECTUADA EN LOS TÉRMINOS LEGALES O CONVENCIONALES.

7. FORMAS DE PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN.

LA INDEMNIZACIÓN SERÁ PAGADERA EN DINERO, O MEDIANTE LA REPOSICIÓN, REPARACIÓN O RECONSTRUCCIÓN DE LA COSA ASEGURADA, A OPCIÓN DE SEGURESTADO, SIN PERJUICIO QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA EN EL EVENTO DE DECLATORIA DE CADUCIDAD DECIDA CONTINUAR LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRATADO A TRAVÉS DE SEGURESTADO O DE OTRO CONTRATISTA, A QUIEN A SU VEZ SE LE PODRÁ DECLARAR LA CADUCIDAD, SI A ELLO HUBIERE LUGAR.

EN EL EVENTO EN QUE POR INCUMPLIMIENTO DEL CONTRATISTA GARANTIZADO, SEGURESTADO RESOLVIERA CONTINUAR, COMO CESIONARIO, CON LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO Y LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA ESTUVIESE DE ACUERDO CON ELLO, EL CONTRATISTA GARANTIZADO ACEPTA DESDE EL MOMENTO DE LA CONTRATACIÓN DE ESTA PÓLIZA, LA CESIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO A FAVOR DE SEGURESTADO.

8. PLAZO PARA EL PAGO.

DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 1080 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, SEGURESTADO DEBERÁ EFECTUAR EL PAGO DEL SINIESTRO DENTRO DEL MES SIGUIENTE AL CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HAYA ACREDITADO LOS REQUISITOS DEL ARTÍCULO 1077 DEL CÓDIGO DE COMERCIO, A TRAVÉS DEL ACTO ADMINISTRATIVO A QUE HACE REFERENCIA EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

9. CERTIFICADOS O ANEXOS DE MODIFICACIÓN.

PARA LOS CASOS EN QUE LA SUMA ASEGURADA DE ESTA PÓLIZA DEBA SER AUMENTADA O DISMINUIDA Y PARA AQUELLOS EN LOS CUALES LAS ESTIPULACIONES DEL CONTRATO GARANTIZADO SEAN MODIFICADAS, SEGURESTADO A SOLICITUD PREVIA DEL CONTRATISTA GARANTIZADO Y DE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA (O EL INTERVENTOR, SUPERVISOR, ETC., EN SU CASO), EXPEDIRÁ UN CERTIFICADO O ANEXO DE MODIFICACIÓN DE LA PÓLIZA, EN EL CUAL CONSTEN LAS MODIFICACIONES CORRESPONDIENTES. PARA TAL EFECTO SE HACE INDISPENSABLE ACOMPAÑAR A LA SOLICITUD DE MODIFICACIÓN A SEGURESTADO EL DOCUMENTO (OTOSÍ, CLÁUSULA ADICIONAL, ETC.) QUE CONTENGA LAS MODIFICACIONES AL CONTRATO GARANTIZADO.

EL ÚLTIMO ANEXO O CERTIFICADO DE MODIFICACIÓN, SERÁ EL QUE LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA HARÁ EFECTIVO, DE CONFORMIDAD CON EL NUMERAL 5. DE ESTAS CONDICIONES.

10. VIGILANCIA SOBRE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO GARANTIZADO.

SEGURESTADO TENDRÁ LA FACULTAD DE EJERCER LA VIGILANCIA DEL CONTRATO, PARA LO CUAL LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA LE PRESTARÁ LA COLABORACIÓN NECESARIA PARA ELLO. EN LOS CASOS EN LOS CUALES EL CONTRATO GARANTIZADO TENGA POR OBJETO ASUNTOS RELACIONADOS CON EL ORDEN PÚBLICO Y LA SEGURIDAD NACIONAL, LA ENTIDAD ESTATAL ASEGURADA PODRÁ PROHIBIR O LIMITAR ÉSTA FACULTAD.

11. NO CANCELACIÓN DE LA PÓLIZA POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA E IRREVOCABILIDAD DE ESTE SEGURO.

LA PRESENTE PÓLIZA NO EXPIRARÁ POR FALTA DE PAGO DE LA PRIMA NI PODRÁ SER REVOCADA UNILATERALMENTE.

12. CLÁUSULAS INCOMPATIBLES

EN CASO DE INCONGRUENCIA PRESENTADA ENTRE LAS CONDICIONES PARTICULARES Y LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTA PÓLIZA, PREVALECEERÁN LAS PRIMERAS.

13. COASEGURO

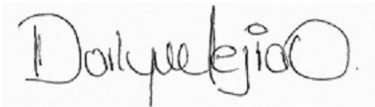
EN CASO DE EXISTIR COASEGURO, ESTO ES LA DISTRIBUCIÓN ENTRE VARIAS ASEGURADORAS DE DETERMINADO RIESGO, AL NO EXISTIR SOLIDARIDAD ENTRE LAS MISMAS, EL IMPORTE DE LA INDEMNIZACIÓN SE DISTRIBUIRÁ Y HARÁ EXIGIBLE ENTRE LOS COASEGUROADORES, EN PROPORCIÓN A LAS CUANTÍAS DE SU RESPECTIVA PARTICIPACIÓN.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN CAMILO DIAZ GUEVARA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1098678433**, se encuentra afiliado/a desde **04/02/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de enero de 2024.



Darlynne Amalia Mejia Olmos
Dirección de Afiliaciones (A)

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

CE-006 - 0000000100 – 2024

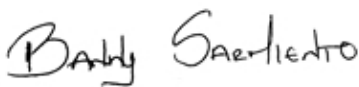
CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1098678433
NOMBRES Y APELLIDOS	Diaz Guevara, Juan Camilo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/03/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Diaz Guevara, Juan Camilo, a los 05 días del mes de enero del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.



Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación